



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Posgrado en Ginecología y Obstetricia

***PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PRIMERA
CESÁREA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
CUENCA, 2019.**

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Jenny Elizabeth Barros Cajamarca

CI: 0105688659

Correo electrónico: jenny.eli.8888@hotmail.com

Favia Gabriela Ballesteros Quijije

CI: 1309664041

CUENCA - ECUADOR

Resumen:

Antecedentes: la cesárea es la cirugía obstétrica que realiza con mayor frecuencia a nivel mundial, este procedimiento nos ayuda a disminuir la morbimortalidad materna, neonatal y perinatal. Los factores causales más comunes son: la desproporción cefalopélvica, el estado fetal no tranquilizador y los trastornos hipertensivos del embarazo.

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas que asistieron a consulta en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2019.

Metodología: estudio observacional, analítico, transversal. Se entrevistaron y se revisaron 381 expedientes clínicos de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. Para el análisis se utilizó el sistema SPSS 15.0, los resultados se presentaron en tablas por medio de frecuencias y porcentajes. Además, se aplicó intervalo de confianza del 95%, y un valor de $p < 0.05$ para la hipótesis.

Resultados: el grupo más frecuente de edad fueron las adolescentes con un 38.3%; estado civil unión libre 44.8%; residencia urbana 55,3%; de instrucción secundaria 74,5%, quehaceres domésticos 64%. El sobrepeso correspondió al 52,2%. La intervención cesárea tuvo una prevalencia de 38.1%, hubo significancia estadística mas no asociación con estado fetal no tranquilizador, distocia de presentación y estados hipertensivos.

Conclusiones: la prevalencia de primeras cesáreas fue elevada en un 38.1%, no se pudo determinar asociación con el estado fetal no tranquilizador, las distocias de presentación y los estados hipertensivos del embarazo. Sin embargo, el tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado a primera cesárea, pero no estadísticamente significativo.

Palabras clave: Cesárea. Factores de riesgo. Edad gestacional.

Abstract:

Background: caesarean section is the most frequent obstetric surgery in the world, it helps us to reduce morbidity such as maternal, neonatal and perinatal mortality. There are several causes such as cephalopelvic disproportion, non-reassuring fetal state, hypertensive disorders of pregnancy.

Objective: to determine the prevalence and factors associated with first caesarean section in primigests who consult in the obstetrics department of the Vicente Corral Moscoso Hospital during the year 2019.

Methodology: analytical, cross-sectional study, with 381 primiparous patients who were randomly selected with inclusion criteria. An information collection form created by the author was filled out. For the analysis the SPSS version 23 system was used, the results are shown in tables using frequency and percentages. In addition, Odds ratio, Chi square, 95% confidence interval, and a value of $p < 0.05$ were used for the hypothesis.

Results: adolescent girls represent 38.3%, free union civil status 44.8%, urban origin 56.1%, urban residence 55.3%, secondary education 74.5%, housewives with 64%, overweight corresponds to 52.2%. The prevalence of caesarean section is 38.1% at Vicente Corral Moscoso Hospital, 2019, there was statistical significance but no association with non-reassuring fetal status, presentation dystocia and hypertensive states.

Conclusions: the prevalence of first caesarean sections was high with 38.1%, with statistical significance but no association with non-reassuring fetal status, presentation dystocia and hypertensive states, overweight or obesity was associated without statistical significance.

Keywords: Caesarean section. Risk factors. Gestational age.



Índice del Trabajo

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	10
1.1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	14
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. CESÁREA.....	14
2.2. TIPOS DE CESÁREAS.....	14
2.3. INDICACIONES.....	14
2.4. COMPLICACIONES MATERNO FETALES.....	15
2.4.1. MATERNAS INTRAOPERATORIAS.....	15
2.4.2. MATERNAS POSTOPERATORIAS.....	15
2.4.3. FETALES.....	15
2.5. FACTORES DE RIESGO.....	15
2.5.2. DISTOCIA DE PRESENTACIÓN.....	16
2.5.3. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.....	16
2.5.4. SOBREPESO Y OBESIDAD.....	17
CAPÍTULO III.....	18
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	18
3.1. OBJETIVOS.....	18
3.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
3.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
3.2. HIPÓTESIS.....	18
CAPÍTULO IV.....	19



4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	19
4.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	19
4.3. UNIVERSO.....	19
4.4. MUESTRA.....	19
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	19
4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
4.6. VARIABLES.....	19
4.6.1. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	20
4.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
4.7. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD.....	20
4.7.1. MÉTODO.....	20
4.7.2. TÉCNICA.....	20
4.7.3. INSTRUMENTOS.....	20
4.7.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..	20
4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	21
4.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5. RESULTADOS.....	22
CAPÍTULO VI.....	25
6. DISCUSIÓN.....	25
6.1. CONFIRMACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	27
CAPÍTULO VII.....	28
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
7.1. CONCLUSIONES.....	28
7.2. RECOMENDACIONES.....	28
7.3. LIMITACIONES.....	29
7.4. IMPLICACIONES.....	29



CAPÍTULO VIII.....	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
CAPÍTULO IX.....	34
9. ANEXOS.....	34
ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO.....	35
ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
ANEXO 4: CRONOGRAMA.....	39
ANEXO 5: RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	40

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos mayores más comunes a nivel mundial, que se efectúa para la finalización de la gestación ante la presencia de diversas causas como maternas, fetales u ovulares, que desaconsejen un parto vía vaginal, consiste en realizar una incisión abdominal y uterina con la posterior extracción del feto (1).

La causas más importantes de cesárea a nivel de Latinoamérica son: desproporción céfalo pélvica, distocia, falta de progreso trabajo de parto 26 %, monitoreo fetal alterado 20 %, cesárea previa 16%, otras complicaciones de embarazo no especificadas 12 %, anomalía de presentación 11 %, preeclampsia-eclampsia 11%, complicaciones fetales no especificadas 9 %, complicaciones maternas no especificadas 8 %, salpingoligadura 6%, inducción fracasada 4 %, restricción de crecimiento fetal 3 %, metrorragia tercer trimestre 3 %, embarazo gemelar 2 %, post termino 2 % (2-3).

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, no existe registros actualizados de la prevalencia de cesárea a nivel mundial, datos obtenidos en Australia en el 2016, informan que la tasa de parto quirúrgico en el año de 1994 fue 18.7%, aumentando en el 2016 al 30.4%, de las cuales 11.4% fueron cesáreas de emergencia y 19% electivas; entre ellas, por compromiso del bienestar fetal del 5.2% se incrementó a un 5.6%, cesárea previa del 3.8% al 9% (4); En México en el 2018 se encontró que este procedimiento quirúrgico tiene 3.6 veces mayor probabilidad de muerte materna (5).

Es de vital importancia realizar estudios que determinen la prevalencia y factores de riesgo asociados a primera cesárea en nuestra ciudad, sería primordial concientizar a los médicos generales y obstetras sobre los factores de riesgo y complicaciones de la misma, con el propósito de difundirlos entre las gestantes para aminorar las tasas de cesárea, priorizando los beneficios del parto vaginal; esto se podría lograr mediante el mejoramiento de la atención prenatal, iniciando por los centros de primer nivel de salud.

Por lo antes mencionado, se decidió realizar el presente estudio para determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a cesárea primitiva, para posteriormente transmitir la información obtenida al personal médico de las diferentes Áreas de Salud.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La cesárea al ser una cirugía obstétrica de emergencia, en la actualidad forma parte de la segunda cirugía que se realiza con mayor frecuencia a nivel mundial. Lo ideal en cuanto a las tasas de cesáreas según la Organización Mundial de la Salud, es entre 10 y el 15% de todos los nacimientos, por lo que se efectuó un comunicado para intentar mantener estos parámetros (1).

Aguilar R y cols., año 2016 en España, reportó en su estudio una prevalencia de 25.2% de primera cesárea en presentación cefálica con 37 o más semanas de gestación (6), Sebastião YV. y cols., en el 2016 en Florida, durante su investigación evaluaron los factores de riesgo para primera cesárea; el tipo de estudio aplicado fue retrospectivo y observó una prevalencia de parto quirúrgico de 23.9%, en cuanto a los factores de riesgo encontrados fueron: edad materna igual o mayor a 35 años, obesidad previa, patología materna que impida parto vaginal e inducción del trabajo de parto (7).

Morton R y cols., en Australia realizaron un estudio durante el año 2016, reportando que la tasa de primera cesárea aumenta del 18.7% al 30.4%; se destaca que el 11.4% son cesáreas de emergencia y 19% son electivas, no obstante, dentro de los procedimientos de emergencia estaría el compromiso del bienestar fetal que aumentó al 5.6%, cesárea previa a un 9% y cesáreas por otras causas un 29% (4).

Di Giovanni y cols., mediante su investigación realizada en Italia, 2018, observaron que la prevalencia en 5 años fue descendiendo de 31.4% al 26.1%; se encontró que los factores de riesgo significativos fueron la hipertensión, diabetes, embarazo múltiple, sufrimiento fetal, parto prematuro y el diagnóstico más frecuente determinado fue la cesárea sin indicación en un 66.6% (9).

Manny-Zitle Al y cols., en México, 2018, realizaron una investigación a manera de estudio aplicado que fue retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional, a través del cual se reportó una prevalencia de cesárea del 65.2%; siendo primigestas el 47%; edad promedio 31 años con 38,5

semanas de gestación, la indicación quirúrgica más frecuente de cesárea fue la iterativa y distocia de presentación. El estudio concluyó que el factor reincidente fue la cicatriz uterina previa (10).

Barros F y cols., en Brasil año 2015, reportaron una tasa de cesárea con un gran incremento de 37.9% a 53.9% en 11 años (8). En lo que respecta a Medina J y cols., año 2015 en Lima Perú, su estudio reveló un porcentaje de cesáreas del 57.5%, siendo más frecuente entre las edades de 20 y 35 años, de las cuales el 68.7% fueron emergentes, con cesárea previa el 37.5%, otras causas fueron por estrechez pélvica, macrosomía y compromisos del bienestar fetal. (11).

El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador, realizaron una encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2014, donde se evidencio que en nuestro país las tasas de cesáreas se han incrementado en 8 años un 60%. (13-14)., con una prevalencia de 41.2% (15-16). Vega B y cols., en su estudio realizado en Cuenca, año 2015, Hospital Vicente Corral Moscoso, concluyeron que la prevalencia de primera cesárea fue del 37.1% (12).

Los criterios para realizar la cesárea deberían ser protocolizados en nuestros hospitales, según organismos internacionales de salud, considerando que en cada país se maneja de manera diferente, siendo de suma importancia adquirir información confiable sobre la prevalencia de cesáreas, para orientar a que se realice este procedimiento únicamente en casos necesarios, evitando futuras complicaciones (17).

Sin embargo, aunque esta cirugía se considera un procedimiento relativamente seguro, puede causar lesiones en órganos cercanos y además provocar hemorragia, infecciones, lesiones en el recién nacido, problemas respiratorios en el feto, infecciones neonatales y dificultad para la lactancia. Por otra parte, puede ocasionar complicaciones en sus gestaciones posteriores como mala inserción placentaria (18).

Por lo mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas, que consultan en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN



El estudio se encuentra en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013-2017: Área materna, líneas de investigación, trastornos hipertensivos, obstrucción de labor, en la sub línea de “Promoción y Prevención” perfil epidemiológico, poblaciones vulnerables, complicaciones y secuelas (19). En la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad de Cuenca, el estudio está en la línea de investigación morbilidad y mortalidad en Ginecología y Obstetricia. El objetivo es determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas.

En el presente estudio se da a conocer la importancia de la prevalencia y factores asociados a primera cesárea, con el propósito de considerar las indicaciones específicas para realizar el procedimiento y difundirlas a los médicos generales y obstetras de las áreas de salud.

Con esta investigación se pretende favorecer a todas las mujeres grávidas, mediante un adecuado control prenatal para evitar la asociación de factores de riesgo, que impliquen el apareamiento de complicaciones materno fetales.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos mediante este estudio, serán impartidos en el área de salud para dar a conocer sobre la prevalencia y los factores asociados a primera cesárea, con el propósito de disminuir el aumento de procedimientos innecesarios, además la información recolectada podrá ser utilizada para la elaboración de protocolos de finalización de la gestación.

Por esta razón, el presente estudio se dará a conocer en las plataformas virtuales de la Universidad de Cuenca y será publicada en una revista indexada.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CESÁREA

La cesárea es una intervención obstétrica que consiste en la extracción del feto a través de una doble incisión. La primera en el abdomen (laparotomía) y otra en el útero (histerotomía). La cesárea es una de cirugías principales en la Obstetricia. Ayuda a salvar vidas que involucran a la madre y al feto, por lo que se observa un incremento importante. Sin embargo, como en toda intervención quirúrgica no está libre de riesgos, por ello sus indicaciones deben ser precisas y efectuarse mediante técnicas adecuadas (20-21).

De acuerdo a la base de datos de 169 países, que incluyen 98.4% de los nacimientos del mundo, estimamos que 29.7 millones es decir que el 21.1%, nacieron a través de cesárea en el 2015, siendo cerca del doble del número de nacimientos que en el 2000 con 16 millones y 12.1%, obtuvo diez veces más frecuencia en la región de América Latina y el Caribe, donde fue el 44.3% de los nacimientos, que, en la región de África occidental y central, donde se usó en 4.1% de nacimientos (22).

2.2. TIPOS DE CESÁREAS

Cesárea electiva: Se programa para realizarla en una fecha establecida en pacientes que presenten alteraciones maternas o fetales, y que no puedan empezar un parto vía vaginal (21-23-24)

Cesárea urgente o intraparto: Se realiza para resolver una complicación aguda de la madre o del feto, siendo necesario la terminación del embarazo de manera inmediata (21-23-24)

2.3. INDICACIONES

En Latinoamérica son: desproporción céfalo pélvica, distocia, falta de progreso trabajo de parto 26 %, monitoreo fetal alterado 20 %, cesárea previa 16 %, otras complicaciones de embarazo no especificadas 12 %, anomalía de presentación 11 %, preeclampsia-eclampsia 11, complicaciones fetales no especificadas 9 %, complicaciones maternas no especificadas 8 %, salpingoligadura 6%,

inducción fracasada 4 %, restricción de crecimiento fetal 3 %, metrorragia tercer trimestre 3 %, embarazo gemelar 2 %, post termino 2 % (3).

2.4. COMPLICACIONES MATERNO FETALES.

2.4.1. MATERNAS INTRAOPERATORIAS

Son menos frecuentes, pero de mayor morbilidad, con una tasa del 1-2% incluyen: lesiones de vísceras, hemorragia, embolismo del líquido amniótico (25), accidentes anestésicos, íleo reflejo, recuperación anestésica prolongada, encamamiento, limitación a la deambulaci3n, ayuno, estr3s, infecciones (17-25).

2.4.2. MATERNAS POSTOPERATORIAS

Son m3s frecuentes: endometritis, abscesos, shock, tromboflebitis, infecci3n urinaria 2 al 15% relacionado sobre todo al sondaje vesical, infecci3n de pared abdominal: especialmente en pacientes obesas (26), adherencias abdominales, obstrucci3n intestinal secundaria, endometriosis uterina, placenta previa, 3creta o rotura uterina en gestaciones posteriores (25).

2.4.3. FETALES

S3ndrome de distr3s respiratorio transitorio, depresiones secundarias a anestesia y tiempo de extracci3n, traumatismo por lesi3n con el bistur3 o maniobras de extracci3n (25).

2.5. FACTORES DE RIESGO

2.5.1. ESTADO FETAL NO TRANQUILIZADOR

Este t3rmino se emplea para identificar que nos encontramos ante una asfixia fetal que puede tornarse progresiva, provocando una descompensaci3n que puede desencadenar un da3o permanente del sistema nervioso central y fallo multiorg3nico, por lo tanto, se considera una emergencia obst3trica (27).

Karlstrom Annika, mediante un estudio prospectivo longitudinal realizado a 870 mujeres, en el 2017 en Suecia, reportó que las causas más comunes de cesárea de emergencia fueron distocia, compromiso del bienestar fetal y mala presentación, además las primíparas tenían más posibilidad de realizarse la intervención con 59.6%, así como tener un índice de masa corporal mayor a 30 (10.7%) (28).

En otra investigación realizada por Medina J y cols., en Perú durante el año 2015, en el Hospital Dos de Mayo, aplicando el estudio retrospectivo, observacional, transversal, los resultados indicaron una prevalencia de cesárea del 57.5%, las que más se realizaron cesárea fueron las embarazadas entre 20 y 35 años. Correspondían a emergencias 68.7%, siendo la principal indicación la cesárea previa con un 37.5%, otras causas fueron pelvis estrecha, feto grande, estado fetal no tranquilizador (11).

Suarez J y cols., en Portoviejo en el año 2017 en el Hospital Regional Verdi Cevallos B. en su investigación el tipo de estudio aplicado fue observacional, descriptivo, para concluir los resultados mostraron que el 56.1% se realizó cesárea, observándose predominio en la desproporción cefalopélvica con 42,5%, compromiso del bienestar fetal 26.8% y corioamnionitis 0.1% (29).

2.5.2. DISTOCIA DE PRESENTACIÓN

Se define al parto que no cursa con normalidad por presentaciones fetales inadecuadas, cuando otras partes del cuerpo del feto ingresan en la pelvis antes que la cabeza fetal (27).

Lurie S. y cols., en 2016, realizaron una investigación retrospectiva en Israel sobre las tendencias y la prevalencia de cesárea en un centro médico durante un período de 16 años, encontrando que la tasa general de cesárea fue 20.66%, las causas más importantes eran cesárea anterior (26%) estado fetal no tranquilizador (18.1%), distocia de presentación (16,9%), distocia laboral (8,8%) y macrosomía (7,2%) (30).

A través de otro estudio realizado por Dávila D y cols., en Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín, tipo de diseño fue retrospectivo, los resultados obtenidos fueron una prevalencia del 50.32% (IC: 95%, 48.1%-52.5%) el principal factor asociado fue cesárea anterior con el 40.2% (IC:95%,36.6%-43.5%) luego la desproporción cefalopélvica con 13.5%(IC:95%, 11,2%-15.9%) y por último mal presentación fetal con 11%(IC:95%, 9%-13,4) (31).

2.5.3. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

La hipertensión gestacional definida como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg a las ≥ 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria o nuevos signos de disfunción del órgano terminal, es grave cuando la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg y / o la presión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg (32).

Se denomina preeclampsia, si se desarrolla proteinuria o nuevos signos de disfunción del órgano terminal e hipertensión crónica, además si la elevación de la presión arterial persiste ≥ 12 semanas después del parto (32).

En el boletín de práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos de 2019 sobre hipertensión gestacional y preeclampsia, la hipertensión gestacional se considera "preeclampsia con características graves" cuando la presión arterial está a este nivel y / o cuando hay otros signos / síntomas de preeclampsia con características graves (32).

En relación a las investigaciones, los autores Bramham K y cols., en el año 2015, en EEUU realizan un estudio cuyo objetivo fue proporcionar una evaluación precisa de las complicaciones del embarazo en mujeres con hipertensión crónica, diseño revisión sistemática y metaanálisis, en los resultados se identificaron que las mujeres con hipertensión crónica tuvieron una alta incidencia de preeclampsia superpuesta (25.9%, IC:95% 21.0% a 31.5%), cesárea (41.4%, 35.5% a 47.7%), parto prematuro < 37 semanas (28.1 % (22.6 a 34.4%), peso al nacer < 2500 g (16.9%, 13.1% a 21.5%) (33).

2.5.4. SOBREPESO Y OBESIDAD.

Se definen como una acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud. El índice de masa corporal nos indica la relación entre el peso y la talla, que se obtiene mediante la división entre el peso en kilogramos por la talla al cuadrado; la Organización Mundial de Salud define el sobrepeso con un índice de masa corporal igual o superior a 25 y la obesidad igual o superior a 30 (34).

Rodríguez N y cols., en su investigación realizada en el año 2015 en España, aplica el diseño longitudinal, retrospectivo cuyo objetivo fue evaluar la obesidad en gestantes nulíparas, los resultados obtenidos indicaron que el tiempo de dilatación en mujeres obesas fue más largo y con



mayor probabilidad de tener cesárea ($RR=2.16$, $IC:95\%1.11-4.2$, $p=0.022$); que en mujeres con peso normal (35).

Rogers, A., y cols., en Estados Unidos en el 2018 publicaron un artículo sobre el impacto de la obesidad en el riesgo de cesárea, encontrando que en las nulíparas se presentan 3 mecanismos donde actúa la obesidad, contribuyendo al aumento en el riesgo de cesárea por comorbilidades preexistentes y complicaciones obstétricas, primera fase de trabajo de parto más lenta y la gestación más prolongada (36).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas que consultan en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar el grupo de estudio según: edad, estado civil, residencia, nivel de instrucción, ocupación, estado nutricional.
- Estimar la prevalencia de cesárea en primigestas según: grupo etario y edad gestacional
- Determinar la asociación entre cesárea con el estado fetal no tranquilizador, distocia de presentación, trastornos hipertensivos del embarazo, sobrepeso/obesidad.

3.2. HIPÓTESIS

La prevalencia de cesárea en primíparas que consultan en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2019 es superior al 15% y está asociada a estado fetal no tranquilizador, distocia de presentación, trastornos hipertensivos del embarazo y sobrepeso/obesidad.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, analítico, corte transversal.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la ciudad de Cuenca, en la avenida 12 de abril junto al parque el Paraíso, categorizado como Hospital de III nivel.

4.3. UNIVERSO

El universo estuvo conformado por las gestantes primíparas que culminaron su embarazo con parto o cesárea y fueron hospitalizadas en el Área de Obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019.

4.4. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se consideró una población de 4776, que fue el número total de partos que se atendieron en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018, con un nivel de confianza del 95%, 5% de margen de error, y precisión para predecir prevalencia y factores asociados a la cesárea con una frecuencia del 11% (3). Es así que la muestra estuvo constituida por 381 pacientes, las mismas que ingresaron al estudio por conveniencia hasta cumplir el total de la muestra.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes gestantes primíparas de todos los grupos de edad que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019, y que firmaron el consentimiento y asentimiento informado.

4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes que no tengan datos suficientes para el estudio y que se negaron a participar en la investigación.

4.6. VARIABLES

4.6.1. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Variable dependiente: primera cesárea.
- Variable Independiente: estado fetal no tranquilizador, distocias, trastornos hipertensivos del embarazo.
- Variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, ocupación.
- Variables nutricionales: estado nutricional.

4.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 3).

4.7. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD

4.7.1. MÉTODO: observacional

4.7.2. TÉCNICA: documental-entrevistas.

4.7.3. INSTRUMENTOS: se realizó un formulario para la recolección de la información donde se obtuvo datos sobre las variables sociodemográficas; además otros datos que permitieron determinar la prevalencia de cesáreas y análisis de factores asociados a las primeras cesareas.

Este formulario fue revisado por el director de la tesis y el asesor metodológico, posteriormente se recolectó la información mediante una entrevista directa con la paciente.

4.7.4. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posterior al permiso otorgado por el Comité de Bioética de la Universidad del posgrado de Cuenca, para la realización de la investigación, se solicitó autorización para realizar este estudio a los Directivos del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Cuando ingresaron las embarazadas al Departamento de Obstetricia, se efectuó un muestreo por conveniencia aplicando los criterios de inclusión, además se les explicó a las gestantes sobre el tema de la investigación, solicitando su participación

mediante la firma del consentimiento o asentimiento informado (anexo 2), luego se ejecutó una entrevista y se recopilaron los datos adicionales en la historia clínica para completar el formulario (anexo 1). Por ultimo los datos obtenidos se ingresaron al programa SPSS 15 para su tabulación y análisis estadístico.

4.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos se analizaron mediante el sistema estadístico SPSS versión 15, y los resultados obtenidos se presentaron en tablas, utilizando valores de frecuencia absoluta y porcentajes para variables cualitativas, el análisis inferencial se realizó con el estadístico Odds Ratio, intervalo de Confianza 95%, la hipótesis se aceptó con valor $p < 0,05$.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

- La información obtenida fue confidencial con fines académicos, de manera que no se dió afectación alguna sobre los derechos de las maternas incluidas en el presente estudio.
- Socialización y aprobación por el comité académico, autorización por la comisión de investigación y comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.
- Reclutamiento; a las pacientes seleccionadas, la investigadora les informó de forma detallada, clara y sencilla en que consiste el estudio, y que el mismo no les aporta ningún beneficio ni redito económico, sino que colaboran con la investigación que en un futuro servirá como base científica para posibles intervenciones.
- A cada paciente se le proporcionó un consentimiento informado, el cual fue firmado solamente una vez que la usuaria aceptó participar, en el caso de ser analfabeta se impregnó su huella digital, y en el caso de menores de edad, su representante firmó el mismo.
- La información recolectada de los pacientes a través de las encuestas que se desarrollaron para el efecto, son de manejo exclusivo para la presente investigación y únicamente será utilizadas por la investigadora participante, con carácter de confidencial, por lo que la identidad de los pacientes es de absoluta reserva del investigador.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de 381 primigestas que asistieron al Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019.

Características sociodemográficas y clínicas		n 381	%
Grupos edad	Adolescente	146	38,32
	Plena juventud	143	37,53
	Adulta joven	83	21,78
	Adulta madura	9	2,36
Estado civil	Soltera	149	39,11
	Casada	60	15,75
	Divorciada	1	0,26
	Unión libre	171	44,88
	Viuda	0	0,00
Residencia	Urbana	211	55,38
	Rural	170	44,62
Instrucción	Ninguna	0	0,00
	Primaria	39	10,24
	Secundaria	284	74,54
	Superior	58	15,22

Ocupación	Empleada publica	2	0,52
	Empleada privada	13	3,41
	Quehaceres domésticos	244	64,04
	Otros	122	32,02
Estado nutricional	Bajo peso	0	0,00
	Peso normal	68	17,85
	Sobrepeso	199	52,23
	Obesidad	114	29,92

En las participantes del estudio se observó las siguientes características sociodemográficas, se encontró que 4 de cada 10 embarazos fueron de madres adolescentes, así como 4 de cada 10 pacientes, se encontraba en la juventud plena (20 a 24 años), al igual que; de estado civil unión libre, seguido de las solteras, de residencia urbana, e instrucción secundaria, de ocupación, Quehaceres domésticos; de estado nutricional con sobrepeso (5 por cada 10 pacientes).

Tabla 2. Prevalencia de primeras cesáreas en 381 pacientes que asistieron al Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019.

Vía de terminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Parto	236	61,90	
Cesárea	145	38,11	33.05-43.06
Total	381	100	

Se encontró que 4 de cada 10 pacientes son sometidas a primera cesárea con un intervalo de confianza del 33.05%-43.06%, en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2019.

Tabla 3. Cesárea primitiva según grupos de edad y edad gestacional en gestantes que asistieron al Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019.

Variables	Vía del parto			
	Cesárea		Parto	
	N	%	N	%
Grupos de edad				
Adolescente	44	30,34	102	43,22
Plena juventud	53	36,55	90	38,14
Adulta joven	42	28,97	41	17,37
Adulta madura	6	4,14	3	1,27
Grupos edad gestacional				
Prematuro	26	17,93	40	16,95
A término	117	80,69	196	83,05
Postérmino	2	1,38	0	0,00

En relación a los grupos de edad, el de 20 a 24 años fueron quienes tuvieron con mayor frecuencia su primera cesárea, 4 de cada 10 pacientes, seguidas de 3 por cada 10 adolescentes; además, 8 de cada 10 embarazos a término, la finalización de la gestación fue por cesárea primitiva.

Tabla 4: Factores asociados a primera cesárea en primigestas que asistieron al Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019.

		Primera cesárea								Valor p
		Si		No		OR	IC 95%			
		N	%	N	%					
Estado fetal no tranquilizador	Si	20	100	0	0,00					
	N				65,3					
	o	125	34,63	236	7	-	-	-	0,00	
Distocia de presentación	Si	23	100	0	0,00					
	N				65,9	-				
	o	122	34,08	236	2		-	-	0,00	
Trastornos hipertensivos del embarazo	Si	21	100	0	0,00					
	N				65,5					
	o	124	34,44	236	6	-	-	-	0,00	
Sobrepeso/obesidad			39,9							
	Si	125	4	188	60,6	1,5	2,8		0,105	
	N		29,4				0,1			
o	20	1	48	70,59	9					

En lo que corresponde a factores asociados no se pudo determinar asociación con el estado fetal no tranquilizador, las distocias de presentación y los estados hipertensivos del embarazo. Sin embargo, el tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado a primera cesárea, pero no hubo significancia estadística con un valor de p 0,105 (OR 1,5; IC 95% 0,9-2,81).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), no hay razón para justificar que las tasas de cesárea sean superiores al 15%, sin embargo, dicho procedimiento muestra una tendencia muy elevada, lo que lleva a un incremento en los costos de los servicios de salud y los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sin impactos en la reducción de las tasas de mortalidad perinatal (37). Por lo que la cesárea al ser un procedimiento invasivo, que nos enfrenta a múltiples complicaciones, debe ser realizada con indicaciones estrictas.

En el presente estudio participaron 381 gestantes y en función a las características sociodemográficas encontramos que: 4 de cada 10 pacientes, se encontraba en la juventud plena (20 a 24 años), al igual que, 4 de cada 10 embarazos fueron de madres adolescentes; de estado civil unión libre, seguido de solteras, de residencia urbana, e instrucción secundaria, de ocupación quehaceres domésticos; de estado nutricional con sobrepeso (5 por cada 10 pacientes). Resultados que se asemejan con los de Medina J y cols.; Perú en el año 2015, cuando en un total de 312 las que más se realizaron cesárea fueron las embarazadas entre 20 y 35 años (11). A la vez se comparan con los de Gutema H, Shimye A, en una muestra de 354 participantes, encontró que el grupo más representativo fueron las mujeres de 20 a 24 años (juventud plena), la edad media fue 23,1 ($\pm 4,38DS$) (38)

Además, se observó que 4 de cada 10 pacientes fueron sometidas a primera cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2019, y en relación a los grupos de edad las mujeres entre de 20 a 24 años fueron quienes tuvieron con mayor frecuencia su primera cesárea, 4 de cada 10 pacientes, seguidas de 3 por cada 10 adolescentes; además, 8 de cada 10 embarazos de término, la finalización de la gestación fue por cesárea primitiva. Datos que se compararon Medina J y cols., (11), Perú en el año 2015, en el indicaron una prevalencia de cesárea del 57.5%, con los De Oliveira R y cols., (37) en su estudio realizado en Brasil durante el año 2016, de tipo transversal con datos de 920 mujeres posparto entrevistadas entre octubre de 2013 y febrero de 2014. Las tasas de cesárea fueron del 55.5% en el Sistema Único de Salud (SUS) y del 93.8% en el sistema privado.

Hay que destacar que difiere con los de Souza J, (39) donde el promedio general de cesáreas fue del 28.9%, en cambio, se asemeja con los de Gama S, (40) quien, en el año 2014, estudió los factores asociados con la cesárea en adolescentes primíparas en Brasil. Se obtuvo información de mujeres posparto a través de entrevistas personales y telefónicas. Los resultados mostraron que la tasa de cesáreas entre las adolescentes primíparas es alta (40%). Así mismo, Aguilar R y cols. Gutema H, Shimye A, (38) demostró que la prevalencia de cesáreas primitivas fue del 21,1%. Además, Barros F., en Brasil en el año 2015, reportó una tasa de cesárea en incremento de 37.9% a 53.9% en 11 años (8)

En relación a la cesárea con los factores de riesgo, en esta investigación, hubo significancia estadística mas no asociación entre las primeras cesáreas con el estado fetal no tranquilizador (p 0,000), las distocias de presentación (p 0,000) y los estados hipertensivos del embarazo (p 0,000). El tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado, pero sin significancia estadística (OR 1,5; IC95% 0,9 – 2,81; p 0,105). Medina J y cols., (11) en Perú, año 2015, su alta tasa de cesárea correspondía a emergencias en 68.7%, con la principal indicación de cesárea previa con 37.5%, estado fetal no tranquilizador y otras. Suarez J y cols., en Portoviejo, año 2017 su investigación tipo observacional, descriptivo, la tasa de cesárea está asociada a compromiso del bienestar fetal en 26.8% y otras causas 29.3%.

Por otra parte Apaza I; (43) en el año 2019, en Perú, en su estudio de tipo observacional, correlacional y retrospectivo los resultados mostraron que las causas de cesárea fueron: preeclampsia 5%, sufrimiento fetal agudo 10.4% y desproporción céfalo pélvica 2.2%; es decir que el estado fetal no tranquilizador sigue siendo una de las primeras indicaciones de cesárea que puede ocasionar asfixia perinatal por la falta de oxígeno y/o de perfusión tisular adecuada provocando acidosis metabólica (32).

Vázquez J y cols., (45) estudio realizado en Cuba, año 2015, mediante tipo de diseño retrospectivo, Hospital América Arias, en 450 gestantes con trastorno preeclámptico se concluyó que la tasa de cesárea fue de 2,55 veces más frecuente mientras que en las hipertensas crónicas fue 1,27 veces, así mismo Di Giovanni.,(9) en Italia en el 2018, reportó que la prevalencia de cesárea decreció del 31.4% al 26.1% en 5 años; el factor de riesgo asociado fue la hipertensión de forma significativa, esto se explicaría ya que en los estados hipertensivos graves como en el caso de gestaciones de 28 a 34 semanas, la tasa de éxito de parto vaginal se reduce a un 33% (43) debido a que existe mayor

riesgo de pérdida del bienestar fetal y fracaso de inducción, por lo que se recomienda la finalización de la gestación por cesárea.

Dávila D y cols., (33) estudio tipo retrospectivo realizado en Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín, reportan un porcentaje de 50.32% de cesárea (IC: 95%, 48.1%-52.5%) el factor asociado fue cesárea anterior con el 40.2% (IC:95%,36.6%-43.5%) y la mala presentación fetal con 11% (IC:95%, 9%-13,4), en cambio Hofmeyr GJ y cols., (44) en una revisión sistemática del 2015, sobre las complicaciones neonatales en el parto vaginal de nalgas versus la cesárea, concluyeron que la morbilidad neonatal grave se redujo con la cesárea programada a una tasa de (CR 0,07; IC del 95%: 0,02 a 0,29); las reducciones fueron similares en países con tasas nacionales de mortalidad perinatal altas y bajas.

Esto se explica porque en las distocias fetales para su tratamiento se puede utilizar maniobras de reposicionamiento fetal o parto vaginal instrumentado que puede complicarse ocasionando lesiones de tejido óseo (húmero, clavícula, fémur, cráneo, vertebras) y blando (periné, medula ósea y estiramiento del plexo braquial causando parálisis) prolapso del cordón umbilical., lamentablemente en la ciudad de Cuenca donde se realizó la investigación, las instituciones públicas no están equipadas para que se lleve a cabo estos procedimientos, por lo que la cesárea continua como la opción indicada en estas patologías (45).

Fernández J y cols., (46) 2016 en España concluyeron que el 26.1% de las gestantes tenían sobrepeso, 12.4% obesidad, los mismos que se asocian con riesgo aumentado de cesárea: sobrepeso: (OR 1.48; IC: 95%, 1.27-1.73); obesidad grado I (OR 2.09; IC: 95%, 1.66-2.64); obesidad grado II (OR 3.23; IC: 95%, 2.31-4.53); obesidad grado III (OR 2.57; IC: 95%, 1.56-4.22); el riesgo es significativo en el análisis multivariante: sobrepeso; igual que, Kawuakita T y cols., (42) en el 2016 en Estados Unidos, en su estudio incluyeron el 29,2% nulíparas y 9,5% multíparas que se sometieron a primera cesárea encontrando un aumento de las tasas que si incrementa el índice de masa corporal; por el contrario Oliveira R. (37) determinó que los factores asociados con cesárea en el Sistema Único de Salud fueron: sobrepeso/obesidad pregestacional (OR = 1.8; CI = 1.1-2.8).

De la misma manera, Rodríguez N y cols., en el año 2015 en España, evaluaron obesidad en gestantes nulíparas y encontraron que el tiempo de dilatación en mujeres obesas fue más largo, esto puede deberse a una distocia uterina o desproporción cefalopélvica teniendo en cuenta que la

obesidad se asocia con mayor peso y estatura fetal, a su vez haciendo más duradera la primera etapa del parto con 2.7 de probabilidad de hijos con peso mayor a 4000 g., por lo que aumenta el riesgo de cesárea (RR=2.16, IC:95%1.11-4.2,p=0.022) (29).

6.1. CONFIRMACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Se confirma la hipótesis, se encontró que la prevalencia de primera cesárea es del 38,1 % en el hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019. Además, en cuanto a factores asociados no se pudo determinar asociación con el estado fetal no tranquilizador, las distocias de presentación y los estados hipertensivos del embarazo. El tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado a primera cesárea, pero sin significancia estadística con un valor de p 0,105.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- En las participantes del estudio se observó las siguientes características sociodemográficas, se encontró que 4 de cada 10 pacientes, se encontraba en juventud plena (20 a 24 años); al igual que, 4 de cada 10 embarazos fueron madres adolescentes; además el mayor porcentaje fue de estado civil unión libre, seguido de soltera, de residencia urbana, e instrucción secundaria, en cuanto a ocupación quehaceres domésticos fue lo más prevalente; y el estado nutricional con sobrepeso sobresalió (5 por cada 10 pacientes).
- Se observó que, el 38,1% de las pacientes primigestas fueron sometidas a primera cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2019.
- En relación a los grupos de edad, las pacientes en juventud plena (20 a 24 años) fueron quienes tuvieron con mayor frecuencia su primera cesárea, 4 de cada 10, seguidas de 3 por cada 10 madres adolescentes; además, 8 de cada 10 embarazos a término la finalización de la gestación fue por cesárea primitiva.



- No se pudo determinar asociación con el estado fetal no tranquilizador, las distocias de presentación y los estados hipertensivos del embarazo. Sin embargo, el tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado a primera cesárea, pero no hubo significancia estadística.

7.2. RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud Pública se recomienda actualizar mediante nuevas investigaciones los protocolos de indicaciones en la atención del parto por cesárea, en los servicios de salud públicos y privados.
- El presente estudio puede ser utilizado para realizar nuevas investigaciones con muestras más grandes, así como analizar otros factores asociados y de esta forma comprobar si hay asociación con las cesáreas a nivel nacional.

7.3.LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio, fueron encontrar gestantes nulíparas que cumplan con los criterios de inclusión, además no existen estudios actualizados realizados por la Organización Mundial de Salud y el Ministerio de Salud Pública, así mismo, otro limitante fue que en las historias clínicas se observaron diagnósticos contradictorios.

7.4.IMPLICACIONES

Las implicaciones de esta investigación nos indican que los factores de riesgo están asociados a la primera cesárea, son diversos pero muy importantes porque muchos de ellos son innecesarios, por tal razón es muy importante llevar un control prenatal adecuado de las pacientes para poder diagnosticar tempranamente alguna condición, que requiera la finalización de la gestación por cesárea y así tratar de disminuir la prevalencia de la misma.

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesáreas, Human Reproduction Program, 2015.
2. Librero J. y cols., Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes, Revista Española de Salud Pública volumen 88 no3, Madrid 2014.
3. Schnapp C. y cols., Operación cesárea, Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Revista Médica los Condes, 2015. Disponible en: <http://www.wlsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-los-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>.
4. Morton, R., Burton, A.E., Kumar, P., Hyett, J.A., Phipps, H., McGeechan, K., & de Vries, B.S. (2020). Cesarean delivery: trend in indications over three decades within a major city hospital network. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. doi: 110.1111/aogs.13816.
5. Bernal c, y cols, Cesárea situación actual y factores asociados en México, Salud Quintana Roo, Volumen 11, No. 40, 2018.
6. Aguilar R. y cols., Uso de la Clasificación de Robson en Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, Chile 2016.
7. Sappenfield, W. m, (2016). Hospital variation in cesarean delivery rates: contribution of individual and hospital factors in Florida. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), 123. E123.e118. doi:1.1016/j.ajog.2015.08.027.
8. Barros F. y cols., Cesárea en Brazil: ¿Alguna vez dejarán de aumentar?, *Rev Panam Salud Publica* 41, 1. 2015.
9. Di Giovanni, P., Garzarella, T., Di Martino, G., Schioppa, F.S., Romano, F., & Staniscia, T. (2018). Trend in primary caesarean delivery: a five-year experience in

- ABRUZZO ITALY. BMC Health Services Research, 18(1). Doi:1.1186/s12913-018-3332-2.
10. Manny-Zitle A y cols., Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, México, 2018.
 11. Medina José, Factores asociados a la indicación de cesáreas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - Perú, 2015.
 12. Vega B. Villota L. Prevalencia y causas de cesáreas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, julio diciembre 2014, Cuenca 2015.
 13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Salud Sexual y Reproductiva. Ecuador 2014.
 14. Ábalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Agosto 2015.
 15. Jaramillo G, Jimbo R, Flores C, Evaluación de tecnología sanitarias. Boletín ETES. N 004. Boletín. Quito: Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en salud;2015.
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Atención del parto por cesárea, Quito, 2015. Disponible en: http://www.wlpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursis/documents/gpc-atencion_del_parto_por_cesarea.pdf
 17. Rubio Romero J. y cols., Racionalización del uso de cesárea en Colombia. Federación Colombiana de Perinatología y Consenso de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, Bogotá 2014.
 18. Ali M, Assel K, Bertherat E, y cols. Estadísticas Sanitarias Mundiales Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
 19. Bi Jaime, líneas de investigación Áreas de conocimiento Universidad de Cuenca. Julio 2015.
 20. Martínez-Salazar Gj y cols., Operación cesárea, Revista Médica Instituto de México Seguro, 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
 21. Mora J. y cols., Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea segura. Lineamiento Técnico. México 2002.

22. Boerma T, y cols., Epidemiología global del uso y las disparidades en cesáreas, Pubmed,2018. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=30323584>
23. Usandizaga de la Fuente y cols., Obstetricia y Ginecología. Editorial Marban.2015,2011, pag: 676.
24. Hospital Universitario Clinic Barcelona. Protocolo de cesárea, Barcelona-España, 2015.
25. Valdez C. Parto por cesárea primitiva en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro desde el 11 de mayo del 2015 al 30 de abril del 2016. Ambato-Ecuador. Disponible en: <http://dspace.iniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6091/1/PIUAMED046-2017.pdf>
26. Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia. Parto por cesárea 2018.
27. Cunningham F y cols., Williams obstetricia, 24 edición, México, McGraw Hill Inter américa Editores, 2015pag, 49.
28. Karlström, A. (2017). Women'sself-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. Midwifery, 50, 253-258. doi: 110.110116/j.midw.2017.04.016.
29. Suarez j, y cols., Cesárea en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Qhalikay, Revista de Ciencias de la Salud. Portoviejo, Ecuador, 2015
30. Lurie, S., Shalev, A., Sadan, O., & Golan, A. (2016). The changing indications and rates of cesarean section in academic center over a 16-year period (1997-2012). Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 55(4), 499-502, doi: 10.11016/j.tjog.2014.12.014
31. Dávila G, Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2014.
32. ACOG Practice Bulletin N0. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol 2019; 133:el.
33. Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., Poston, L., & Chappell, L.C. (2014). Chronic hypertension and pregnancy outcomes:systematic review and meta-analysis. BMJ, 348(apr15 7), g2301-g2301. doi: 10.1136/bmi.g2301.
34. Organización Mundial de la Salud, Sobrepeso y Obesidad, 2018.
35. Rodriguez Mesa, N., Robles Benayas, P., Rodriguez Loez, Y., Perez Fernandez, E.M., & Cobo Cuenca, A. I. (2019). Influence of Body Mass Indexo n Gestation and Delivery in Nuliparous Women: A cohort Study. INTERNATIONAL Journal of Environmental Research and Public Healt 16(11), 2015. Doi: 10.3390/ijerph16112015.

36. Rogers, A. J. G., Harper, L. M., & Mari, G. (2018). A conceptual framework for the impact of obesity on risk of cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.doi: 10.1016/j.ajog.2018.06.006
37. De Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TA de F. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev da Esc Enferm* 2016;50(5):733-40.
38. Gutema H, Shimye, A. Caesarean Section and Associated Factors at Mizan Aman General Hospital Southwest Ethiopia. *Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 2, No. 3, 2014, pp. 37-41. doi: 10.11648/j.jgo.20140203.12.
39. Souza JP, Gulmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010 Nov 10;8:71.
40. Gama S, DaViellas E, Schilithz A, Filha M, Carvalho M, de Gomes K, et al. Fatores associados a cesária entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Pública*. 2014 Aug;3(suppl 1):S117-27
41. Schantz C, Sim KL, Petit V, Rany H, Goyet S, Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia, *Reprod Health Matters*.2016 Nov 10;24(48):111-21.
42. Kawakita , T., Reddy, U. M, Landy, H. J., Iqbal, S. N., Huang, C.-C., & Grantz, K. L. (2016). Indications for primary cesarean delivery relative to body mass index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(4), 515.e1-515.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2016.05.023.
43. Apaza Ingrid, Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital Essalud III Puno, Perú, 2019. 44.-
44. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD000166.
45. Vázquez Niebla Juan Carlos, Vázquez Cabrera Juan, Namfanteche Julio. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*.2003 Abr [citado 2020 Feb 18] ; 29(1).
46. Fernández Alba, J. J., Paublete Herrera, M. del C., González Macías, M. del C., Carral San Laureano, F., Carnicer Fuentes, C., Vilar Sánchez, Á., ... Moreno Corral, L. J.



(2016). Sobre peso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. Nutrición Hospitalaria, 33(6). doi:10.20960/nh.778

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PRIMERA CESÁREA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2019.

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas que consultan en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2019.

Nombre: _____

Formulario número: _____ Fecha: _____

Teléfono _____

Datos de filiación: historia clínica: _____ edad: _____ años

Estado civil: soltera ____ casada ____ divorciada ____ unión Libre ____ viuda ____

Procedencia: urbana ____ rural ____

Residencia: urbana ____ rural ____

Instrucción: ninguna ____ primaria ____ secundaria ____ superior ____

Ocupación: empleado público ____ empleado privado ____ quehaceres domésticos ____ otros ____

Estado nutricional: peso: _____ talla: _____ IMC: _____

Peso bajo ____ normal ____ sobrepeso ____ obesidad ____

Paridad _____ edad gestacional: _____

Vía de terminación del parto: vaginal: ____ cesárea: ____

Causas de cesárea

Estado fetal no tranquilizador: si __ no __ distocia presentación: si __ no __

Trastornos hipertensivos del embarazo: si __ no __

Otras causas: _____

Observaciones: _____



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Yo, JENNY ELIZABETH BARROS CAJAMARCA, médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención de mi título de especialista, desarrollo un proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PRIMERA CESÁREA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA, 2019.**

El siguiente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea de pacientes que consultan en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2019. Por lo que requiero de su colaboración para el llenado de la presente encuesta, aclarando que no existe ningún riesgo ni beneficio para su persona.

Descripción del procedimiento. El estudio incluye la aplicación de una encuesta para la obtención de información necesaria para encontrar la prevalencia y factores asociados a primeras cesáreas.

La información y los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial y será de uso exclusivo para el investigador, por lo que, si usted acepta participar, deberá firmar el presente consentimiento informado.

Anticipo mi agradecimiento por su colaboración.

Información: si tiene alguna duda comunicarse al 0984171799, E-mail: jenny.eli.8888@hotmail.com

Yo con número de cédula de identidad, He leído la información proporcionada o me ha sido leída, declaro haber sido voluntaria y adecuadamente informada sobre la presente encuesta, por lo que acepto participar en este estudio.

Fecha:

Huella digital

JENNY ELIZABETH BARROS CAJAMARCA

35



Firma:



ASENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Yo, JENNY ELIZABETH BARROS CAJAMARCA, médico Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención de mi título de especialista, desarrollo un proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PRIMERA CESÁREA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2019.**

El siguiente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea de pacientes que consultan en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2019. Por lo que requiero de su colaboración para el llenado de la presente encuesta, aclarando que no existe ningún riesgo ni beneficio para su persona o representante.

Descripción del procedimiento. El estudio incluye la aplicación de una encuesta para la obtención de información necesaria para encontrar la prevalencia y factores asociados a primeras cesáreas.

La información y los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial y será de uso exclusivo para el investigador, por lo que, si usted acepta participar, deberá firmar el presente consentimiento informado.

Anticipo mi agradecimiento por su colaboración.

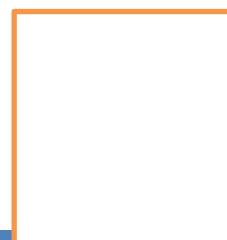
Información: si tiene alguna duda comunicarse al 0984171799, E-mail: jenny.eli.8888@hotmail.com

Yo con número de cédula de identidad, He leído la información proporcionada o me ha sido leída, declaro haber sido voluntaria y adecuadamente informado/a sobre la presente encuesta, por lo que acepto participar en este estudio.

Fecha:

Huella digital

Firma:



ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de entrevista	Tiempo años	El que registre en el formulario	Numérico
Estado civil	Vínculo afectivo y legal entre dos personas determinadas por la ley	Estado conyugal	El que registre en el formulario	Nominal Soltera Casada Divorciada Viuda Unión de hecho
Nivel de Instrucción	Tiempo que una persona ha empleado en estudios en una institución formal.	Años de escolaridad	El que registre en el formulario	Nominal
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona de forma rutinaria	Social	El que registre en el formulario	Empleada pública Empleada privada QQ.DD Otros
Índice Masa Corporal	Estado de Salud de una persona en relación a los nutrientes	Estado nutricional	IMC(Peso en kg/(Talla) ²)	Numérica

Procedencia	Lugar de nacimiento	Geográfica	El que registre en el formulario	Urbana Rural
Residencia	Lugar donde vive en los últimos años	División política de parroquias	El que registre en el formulario	Urbana Rural
Edad gestacional	Tiempo del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del parto.	Tiempo en semanas	Semanas	Numérica
Estado fetal no tranquilizador	Agresión producida al feto por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Valorado según registro cardiotocográfico o anormal	Bienestar fetal	Registro cardiotocográfico o	Nominal Si No
Distocia de presentación	Si el feto se encuentra en una posición o presentación diferente a la cefálica, el parto puede ser más difícil y el alumbramiento quizá no sea posible por la	Biológica		Nominal Si/No Occipito posterior Nalgas Cara Frente Otros.



	vía vaginal			
Trastornos Hipertensivos de embarazo	Diagnóstico de trastorno hipertensivo gestacional previo o al ingreso hospitalario por facultativo de emergencia	Biológico	Diagnostico registrado en el formulario	Si No Cual

ANEXO 4: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2017	2018	2019	2019	2019	2019	2020
	Diciembre	Enero-diciembre	Enero-Junio	julio-Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero-Junio
Aprobación de protocolo	X						
Revisión de Protocolo		x					
Prueba de formulario de recolección de datos		x	X				
Revisión y reestructuración del protocolo				X			
Inscripciones de cambios del protocolo					X	X	
Recolección de datos				X	X		
Procesamiento y análisis de datos						X	X
Elaboración de informe final							X



ANEXO 5: RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS MATERIALES

Materiales y suministros 200.00 dólares.

- Hojas A4
- Esferográficos, lápices
- Cartucho tinta negra
- Cartucho tinta colores

Operativos 600.00 dólares.

- Internet
- Empastado
- Anillado
- Transporte

Imprevistos 150.00 dólares.

Total 950.00 dólares.

RECURSOS HUMANOS

- Autora de tesis
- Directora de tesis
- Asesora de tesis
- Médicos tratantes de Ginecología y Obstetricia
- Director médico
- Usuaris del Hospital Vicente Corral Moscoso

